**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOTACJI/DOFINANSOWANI w ramach programu Hipoterapia z FUNDACJĄ „W CZŁOWIEKU WIDZIEĆ BRATA”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potwierdzenie przyjęcia wniosku** | | |
| *............................................*  *Numer wniosku* | *.........................................*  *Data przyjęcia i podpis* | *pieczęć* |

**Dane dotyczące wnioskodawcy**

Nazwisko........................................................Imię/imiona/.............................................................................

Data i miejsce urodzenia............................................................................................

Imię ojca........................................ Imię matki......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## PESEL

Stopień niepełnosprawności ........................................

Data ważności orzeczenia........................................

**Aktualny adres zamieszkania**

Województwo…………………. Powiat ………………. Gmina.............................................

Kod pocztowy ……………………..

Poczta............................. Miejscowość..................................................................

Ulica.................................Nr domu...............Nr lokalu...........

Numer telefonu ………………....................................

Adres e-mail…………………………………………..

Ubiegam się o dofinansowanie/dotację\* na zajęcia hipoterapii w kwocie………………………..

**Prosimy krótko opisać sytuację osoby ubiegającej się o udział w Programie (maks. 1500 znaków):**

**Oświadczam, że:**

wszystkie informacje zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające a przepisów Kodeksu Karnego art. 297§1.

Znane mi są zasady programu Hipoterapia z Fundacją „W Człowieku Widzieć Brata” określone w Regulaminie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 133, poz. 833).**

Miejscowość i data .......................

/ Czytelny podpis Wnioskodawcy/

...............................

/Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego /

……………………………..

\* *niepotrzebne skreślić*